

Le trouble des conduites de l'enfant

Le trouble des conduites concerne 5 à 9 % des garçons de 15 ans. Il s'enracine très précocement dans la petite enfance des sujets atteints et n'est pas réductible aux actes de délinquance. Les médecins doivent le repérer, ainsi que les troubles précurseurs et les comorbidités associées, mais ne peuvent le prendre en charge sans l'aide de structures spécialisées.

Marie-France Le Heuzey *

Une conduite se définit comme une manière d'agir et de se comporter incluant une certaine connotation morale. Le terme de «trouble des conduites» exprime un comportement dans lequel les règles sociales sont transgressées. Ce trouble se situe donc à l'interface et à l'intersection de la psychiatrie, du domaine social et de la justice.¹

DESCRIPTION DU TROUBLE

La description du trouble des conduites par le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM IV) est actuellement la plus opérationnelle (v. tableau).²

Le trouble des conduites est un «ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoignent la présence d'au moins trois symptômes au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un au cours des 6 derniers mois». Les différents symptômes sont regroupés en quatre catégories principales :

– les conduites agressives dans lesquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur inté-

grité physique : le sujet brutalise, agresse, commence les bagarres, contraint une autre personne à avoir des relations sexuelles ; ou fait acte de cruauté envers des animaux ou des personnes ; il peut s'agir aussi de vol avec confrontation directe avec la victime ou d'utilisation d'armes ;

CE QUI EST NOUVEAU

- Le trouble des conduites correspond à une souffrance de l'enfant, de sa famille, et de la société ; ce trouble ne se superpose pas au phénomène de délinquance.
- Le trouble n'apparaît pas à l'adolescence : il prend ses racines dans la petite enfance du sujet et même dans sa vie anténatale.
- Des programmes de prévention doivent être mis en place pour aider les familles vulnérables (p. ex. les mères très jeunes) afin de les aider dans l'éducation de leurs enfants.
- Les comportements de transgression ne doivent pas être laissés entièrement aux mains du système juridique ou policier ; le réseau médical a un rôle à jouer.

* Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, AP-HP, hôpital Robert Debré, 75935 Paris Cedex 19. Courriel : marie-france.leheuzey@rdb.aphp.fr

- les conduites au cours desquelles des biens matériels sont endommagés ou détruits (sans agression physique) : mettre le feu ou autre forme de destruction des biens ;
- les conduites de fraudes ou vols : mensonges, arnaques, vols sans affrontement avec la victime, effraction dans une maison ou une voiture ;
- les violations graves de règles établies : fugues, école buissonnière, le fait de découcher.

Le trouble est affirmé s'il entraîne un handicap social, scolaire ou professionnel. Si le sujet a plus de 18 ans, le diagnostic ne peut être porté que s'il ne répond pas aux critères de personnalité antisociale.

Deux spécifications sont envisagées en fonction de l'âge du sujet et de la gravité du trouble. On distingue deux sous-types selon l'âge : le trouble débutant avant l'âge de 10 ans et celui débutant après l'âge de 10 ans.³ Ces deux sous-types se différencient par la symptomatologie, l'évolution, la répartition selon le sexe, et la comorbidité. La gravité du trouble est appréciée en trois niveaux : bas, moyen, élevé.

Les classifications ne spécifient pas de différences entre les filles et les garçons ;⁴ or, les symptômes décrits correspondent plus aux garçons qu'aux filles. Certains auteurs proposent le statut pubertaire (au lieu de l'âge de

Critères diagnostiques du trouble des conduites d'après le DSM IV

Critères A	
■ Conduites agressives dans lesquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique (critères 1-7)	
1	Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
2	Commence souvent les bagarres
3	A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p. ex. un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
4	A fait preuve de cruauté physique envers des personnes
5	A fait preuve de cruauté physique envers des animaux
6	A commis un vol en affrontant la victime (p. ex. agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée)
7	A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles
■ Conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique (critères 8-9)	
8	A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
9	A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)
■ Fraudes ou vols (critères 10-12)	
10	A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
11	Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex. « arnaque » les autres)
12	A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex. vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon)
■ Violations graves des règles établies (critères 13-15)	
13	Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
14	A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)
15	Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
Critère B	
■ Retentissement significatif sur le fonctionnement social, scolaire ou professionnel	
Critère C	
■ Chez les sujets de plus de 18 ans, le diagnostic de trouble des conduites ne peut être posé qu'en l'absence des critères de la personnalité antisociale	

Tableau

10 ans) pour définir les formes précoces et les formes tardives ; chez les filles, le type à début tardif se singularise par les troubles du comportement sexuel, les grossesses précoces et les états dépressifs.

Dans les études internationales, en population générale, la prévalence est de 5 à 9% chez les garçons de 15 ans et plus faible chez les filles. Dans les études portant sur des populations ayant commis des actes de délinquance, la prévalence du trouble des conduites est de 30 à 60% chez les garçons ; elle serait équivalente chez les filles.^{5,6}

SOUVENT ASSOCIÉ À D'AUTRES TROUBLES MENTAUX

Le trouble des conduites est rarement isolé. L'une des pathologies psychiatriques les plus fréquemment associées à ce trouble est le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Le trouble oppositionnel avec provocation est aussi souvent associé ; parfois antérieur, en quelque sorte précurseur.^{7,8}

Les autres comorbidités fréquentes sont le trouble dépressif et l'usage de substances psychoactives. La précocité et la sévérité du trouble des conduites jouent un rôle déterminant dans l'initiation et le maintien des conduites d'abus de substances. Les conduites à risque (physiques, sexuelles, sociales) et les conduites suicidaires émaillent l'évolution.

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ?

Les comportements d'opposition et d'agressivité sont globalement normaux chez les enfants jusqu'à l'âge de 4 ans. Puis, ces comportements s'atténuent pour disparaître, sauf chez un sous-groupe d'enfants (3 à 11%) qui maintiennent un niveau élevé d'agressivité jusqu'à l'adolescence.⁹

Les sujets ayant un trouble des conduites à début précoce ont un niveau élevé d'agressivité pendant toute l'enfance, et ils évoluent souvent vers un trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte.

Dans le trouble des conduites, comme dans toute pathologie multifactorielle, il y a une interaction entre les facteurs environnementaux (familiaux, sociaux et médicaux) et les facteurs génétiques et tempéramentaux.

Les facteurs anté- et périnataux

Sont considérés comme facteurs de risque les antécédents familiaux de trouble des conduites, une mère très jeune,¹⁰ la consommation par la mère, pendant la grossesse, d'alcool, de tabac, de cannabis et d'autres substances, une prématurité et un faible poids de naissance, des complications périnatales, un traumatisme cérébral pendant la petite enfance.

Les facteurs génétiques

L'hérédité (c'est-à-dire la part relative des facteurs génétiques) pour le trouble des conduites et le trouble

Quelques consultations

● **Timothée, 10 ans**, a été renvoyé de sa colonie de vacances, car il a mis le feu à la tente de ses copains. Sa mère l'amène en disant « Qu'est-ce que je vais en faire ? Depuis le CP, j'ai dû le changer trois fois d'école, car il répond aux instituteurs, il a fait l'école buissonnière, il a racketté une fillette, et j'ai dû le récupérer au commissariat, car il avait volé un disque. »

● **Jessica, 13 ans**, vit en foyer ; elle ne connaît pas son père, et sa mère vit dans une grande précarité. Jessica a été plusieurs fois prise en charge par la brigade des mineurs pour prostitution sur la voie publique. Elle consomme différentes drogues, fume, boit et sa fréquentation scolaire est épisodique. Vous la voyez à la demande du foyer, car elle vient de faire une tentative de suicide

● **Antonin, 8 ans**, enfant adopté et ayant vécu dans des conditions très difficiles jusqu'à l'âge de 5 ans dans un orphelinat d'un pays de l'Est, n'en fait qu'à sa tête. À la maison, il n'obéit pas, il maltraite sa sœur de 4 ans sur qui il a pratiqué des attouchements sexuels ; il fait de nombreuses colères, a des exigences de plus en plus importantes. À l'école, il est considéré comme indésirable : il suscite des bagarres, il extorque de l'argent, il répond avec insolence et « vulgarité » aux professeurs. Il se présente devant vous en disant « j'ai 8 ans, j'ai déjà violé et volé ».

oppositionnel avec provocation est de 50%, et la partie la plus héritable serait l'agression physique.¹ Mais la recherche des gènes de vulnérabilité n'en est encore qu'à ses débuts. L'intérêt des recherches actuelles est la prise en compte des interactions gènes/environnement.

Les facteurs tempéramentaux

Les facteurs individuels de tempérament et de personnalité mis en cause sont :¹ l'indocilité, le faible contrôle émotionnel, l'agressivité, l'impulsivité, une forte « recherche de nouveauté ». Une incompatibilité trop importante entre le tempérament de l'enfant et les exigences éducatives de son environnement (trop coercitif ou trop permissif selon les cas) peut favoriser le trouble des conduites.

Ainsi, le tempérament « résistant » (difficultés attentionnelles, tendances oppositionnelles, faibles capacités d'inhibition) serait prédictif du trouble des conduites uniquement lorsque le style éducatif des parents est « permissif ». En revanche, ce lien disparaît lorsque le contrôle parental est suffisant. Cependant, selon certaines études, les interactions mère-enfant se caractérisant par une colère mutuelle, un mauvais ajustement émotionnel (rire/colère) ou, au contraire, une insensibilité émotionnelle, seraient prédictives du trouble des conduites chez les garçons.

« Comment se faire aider »

- **Par les structures de soins** pédiatriques et pédopsychiatriques, les centres de protection maternelle et infantile (PMI), les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les services de pédopsychiatrie des hôpitaux.
 - **Par les services sociaux.**
 - **Par le procureur de la République** si l'enfant est en danger, qu'il soit victime ou agresseur.
 - **Par les associations de parents :**
 - **pour l'hyperactivité :** HyperSupers-TDAH France ; site Internet : www.tdah-france.fr ; courriel : info@tdah-france.fr ; tél. : 01 34 28 70 36 ;
 - **pour les enfants précoces :** Afep ; site Internet : www.afep.asso.fr ; courriel : cote@afep.asso.fr ; tél. : 01 34 80 03 90.
- Pour plus d'informations, voir le répertoire page 404.

Les facteurs environnementaux

Les facteurs de risque familiaux sont la présence de troubles du comportement chez le père, la mère, un couple parental dysfonctionnel ; la dépression maternelle du post-partum, l'alcoolodépendance ou les autre(s) toxicomanie(s) chez les parents en font aussi partie.

Les facteurs de risque sociaux ont un rôle difficile à interpréter de façon isolée, car les enfants des quartiers défavorisés ont globalement une plus grande prévalence de facteurs de risque et une plus basse prévalence de facteurs de résilience. La pauvreté, par exemple, ne joue pas le même rôle selon les ethnies, l'environnement familial... En revanche, la fréquence de pairs délinquants multiplie par deux le risque de persistance de troubles des conduites à l'adolescence, de même que l'échec et l'absentéisme scolaire.

De très nombreux travaux de recherche¹¹⁻¹⁴ ont démontré un lien significatif entre l'exposition à la violence véhiculée par les médias et les comportements d'agression des jeunes. Les études récentes confirment que l'exposition à la violence télévisuelle à l'âge de 8 ans est hautement prédictive de comportements agressifs à long terme. Non seulement les spectacles de violence stimulent la violence, mais ils entraînent aussi un phénomène de désensibilisation, avec banalisation, habitude, et installation d'une passivité et d'une apathie face à des gestes violents. Pour certains enfants, le fait de jouer à des jeux violents accroît l'excitation physiologique, augmente les attitudes agressives et diminue les comportements « prosociaux ». En abreuvant de stimulus violents des jeunes déjà vulnérables, en raison notamment de leur environnement familial ou social, ou ayant déjà des

signes précurseurs d'un trouble des conduites, les spectacles violents en libre accès et sans limite, déversés par la télévision et les jeux vidéo, majorent l'attrait pour la violence, d'autant que les comportements violents y sont, au mieux, banalisés et déculpabilisés et, au pire, vantés et encouragés. Il est cependant important de retenir que ce sont les enfants qui ont déjà des problèmes de violence qui risquent d'être le plus affectés par la violence dans les médias.

QUE FAIRE ?

Prévenir

Il existe peu de programmes de prévention portant spécifiquement sur le trouble des conduites. La plupart des programmes¹⁵ visent souvent à prévenir la délinquance, les comportements agressifs ou la violence en général. Actuellement, en France, les interventions s'inscrivant dans le champ de la prévention des comportements violents sont encore ponctuelles. Des interventions (qui existent dans certains pays) ayant pour but d'aider les familles dans la gestion éducative et de favoriser, chez l'enfant, le développement des compétences sociales seraient souhaitables dès la petite enfance, voire dès la grossesse pour les enfants et les familles à risque.

Traiter

La prise en charge souhaitable¹ doit associer des modalités multiples – car complémentaires – de traitement. Les modalités de prise en charge dites « psychosociales » intègrent des interventions auprès des parents, de l'enfant lui-même et parfois les enseignants. Les objectifs sont de développer un système de soutien et d'étayage social pour l'ensemble de la famille, de favoriser les contacts de l'enfant ayant un trouble des conduites avec des pairs « prosociaux », de limiter les contacts de l'enfant avec des pairs « antisociaux », et d'augmenter le soutien scolaire et les interactions avec les enseignants.

POUR LA PRATIQUE

- Le médecin peut repérer les familles à risque, les enfants à risque ; il devrait pouvoir en référer aux équipes de prévention.
- Le médecin a un rôle important dans le repérage des troubles précurseurs ou comorbides et sur lesquels on peut intervenir médicalement, en particulier le TDAH.
- Il n'y a pas de traitement médicamenteux spécifique...
- Un trouble des conduites avéré ne peut pas être géré par le médecin isolé ; la prise en charge est spécialisée et associe les équipes : éducative, sociale, pédopsychiatrique et souvent judiciaire.

L'insertion en famille d'accueil spécialement formée et soutenue est plus efficace que le placement en centres « de rééducation » qui regroupent dans un même lieu des jeunes aux comportements antisociaux où ils se renforcent les uns les autres.

Il n'existe pas de traitement pharmacologique spécifique, a fortiori curatif du trouble des conduites. Les traitements éventuellement proposés ont, pour l'essentiel, une action anti-agressive.

Globalement, trois grandes classes thérapeutiques ont été évaluées : les antipsychotiques, les psychostimulants et les thymorégulateurs.

Les antipsychotiques atypiques (type rispéridone)¹⁶ sont efficaces sur l'agressivité et l'agitation, en particulier dans les situations d'urgence avec une tolérance meilleure qu'avec les neuroleptiques classiques.

Les psychostimulants¹⁷ diminuent l'impulsivité et permettent un meilleur contrôle comportemental. Ils sont intéressants en cas de comorbidité avec le TDAH. La tolérance est globalement très bonne.

Les thymorégulateurs, et plus spécifiquement le lithium, donnent des résultats mitigés en termes d'efficacité. Ces effets posent des problèmes d'adhésion et d'observance du traitement dans une population naturellement peu encline aux contraintes, d'autant que le faible indice thérapeutique du lithium oblige à des dosages sanguins répétés pendant le traitement.

CONCLUSION

Au sein des troubles du comportement de l'enfant, le trouble des conduites a une place particulière car, plus encore que les autres, il met en jeu l'ordre social et a donc des interactions avec les systèmes éducatifs, sociaux et judiciaires. Pour le médecin, le repérage précoce de ce trouble et (ou) des familles à risque (mère très jeune, parents antisociaux...) et (ou) des facteurs de vulnérabilité (TDAH, troubles des apprentissages, etc.) devrait rendre possible (si les dispositifs médico-sociaux le permettent) un accompagnement éducatif et social, bien avant que ne s'installent de graves conduites antisociales qui font entrer le sujet dans le domaine de la délinquance. ■

RÉFÉRENCES

1. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Expertise Inserm. Paris: Éditions Inserm, 2005.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. TR Washington DC: American Psychiatric Press 2000. Traduction française par Guelfi JD, et al. Paris: Masson, 2003.
3. Lahey BB, Loeber R, Quay HC, et al. Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37:435-42.
4. Keenan K, Loeber R, Green S. Conduct disorder in girls: a review of the literature. Clin Child Fam Psychol Rev 1999;2:3-19.
5. Fombonne E. The Chartres study: I Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. Br J Psychiatry 1994;64:69-79.
6. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:1203-11.
7. Earls F, Mezzacappa E. Conduct and oppositional disorders. In: Rutter M, Taylor E, eds. Child and adolescent psychiatry. Oxford UK Blackwell Science, 2002:chap. 26.
8. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:1468-84.
9. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. Pediatrics 2004;114:e43-e50.
10. Wakschlag LS, Gordon RA, Lahey BB, Loeber R, Green SM, Leventhal BL. Maternal age at first birth and boys' risk for conduct disorders. J Res Adolesc 2000;10:417-41.
11. American Academy of Pediatrics. Media violence. Committee on Public Education. Pediatrics 2001;108:1222-6.
12. Bakshi SN. Kids, TV viewing, and aggressive behavior. Science 2002;297:49-50.
13. Strasburger VC. Children, adolescents, and the media. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2004;34:54-113.
14. Villani S. Impact of media on children and adolescents: a 10-year review of the research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:392-401.
15. Lemarquant D, Tremblay RE, Vitaro F. The prevention of conduct disorder: a review of successful and unsuccessful experiments. In: Hill J, Maughan B, eds. Conduct disorders in childhood and adolescence. Cambridge: University Press 2001:449-77.
16. Findling RL, McNamara NK, Branicky LA, Schluchter MD, Lemon E, Blumer JL. A double blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:509-16.
17. Klein RG, Abikoff H, Klass E, Ganeles D, Seese LM, Pollack S. Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1073-80.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

SUMMARY Conduct disorder in childhood

Conduct disorder is a repetitive and persistent pattern of behaviour in which the basic rights of others or societal rules are violated. It is at the junction of psychiatry, social field and law. The early diagnosis of this disorder and the identification of risk factors must go to preventive programs and psycho-educational treatments, to prevent juvenile delinquency.

RÉSUMÉ Trouble des conduites de l'enfant

Le trouble des conduites se définit par des comportements au cours desquels les règles sociales sont transgressées. Il se situe à l'intersection de la psychiatrie, du domaine social et de la justice. Le médecin se sent souvent dépassé par ce type de comportements ; pourtant, le repérage des manifestations précoces et la prise en charge socio-éducative de certaines familles peuvent éviter à quelques enfants d'évoluer vers les conduites délinquantes.

Rev Prat 2006 ; 56 : 389-93